



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE TROUBLE D'ACCUMULATION,
D'ENCOMBREMENT OU D'INSALUBRITÉ**

IDENTIFICATION DE L'USAGER		
Nom et prénom :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	Langue parlée :
Adresse :	Ville :	Code postal :
Téléphone :	Statut : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire	
Type d'habitation : <input type="checkbox"/> Maison individuelle <input type="checkbox"/> Maison jumelée <input type="checkbox"/> Multi logements		
La personne habite : <input type="checkbox"/> Seule Autre : _____ <input type="checkbox"/> Une personne mineure habite au domicile		
IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE		
(À remplir si l'identification est possible et si la personne n'est pas elle-même propriétaire)		
Nom et prénom :	Langue parlée :	Téléphone :
Adresse :	Ville :	Code postal :
IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT		
Nom et prénom :	Lien avec l'utilisateur :	
Organisation :	Téléphone :	
Courriel :		
Le référent souhaite procéder à une visite conjointe du domicile avec le CISSS des Laurentides : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si non, pourquoi :		
OBSERVATION DE L'ÉTAT DES LIEUX		
Date de la visite (aaaa/mm/jj) :	Heure de la visite (hh : mm) :	
Accumulation/encombrement : Précisez :		
Insalubrité : <input type="checkbox"/> Déchets <input type="checkbox"/> Excréments <input type="checkbox"/> Vermines (insectes et animaux indésirables) <input type="checkbox"/> Nourriture périmée		
<input type="checkbox"/> Odeurs particulières Précisez :		
<input type="checkbox"/> Matières combustibles <input type="checkbox"/> Présence de personnes fumeuses Risque d'incendie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Atteinte à la structure du bâtiment : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Eau courante : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Électricité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Présence d'animaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez le nombre : le type :		
Présence d'arme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez le nombre : le type :		
Risque d'éviction : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez le moment :		
Suite à ses observations, opinion du référent quant à l'état des lieux :		
Précisez l'équipement nécessaire à la sécurité des intervenants, s'il y a lieu :		

Nom :

Prénom :

Dossier :

OBSERVATION DE L'ÉTAT DE LA PERSONNE (suite)

Aspects physiques :

Hygiène personnelle Adéquate Négligée
Tenue vestimentaire Adéquate Négligée
 Blessures physiques Tremblements
 Mobilité réduite Surdité Personne non voyante
 Apparence de malnutrition
 Autres : _____
Diagnostic connu : _____

Aspects psychologiques :

Propos suicidaires Idées/menaces d'homicide
 Violence verbale Violence physique Agressivité
 Agitation Hallucinations Idées délirantes
 Discours désorganisé Méfiance Anxiété
 Confusion/troubles cognitifs Isolement social
 Honte Déni du problème Tristesse/affect dépressif
Autre : _____
Diagnostic connu : _____

Opinion du r f rent quant au niveau de vulnérabilité et de risque que présente la situation de l'utilisateur :

DÉPENDANCE

 tat d'intoxication au moment de la visite :

Oui Non Inconnu

Problématique de dépendance :

Oui Non Inconnu

Si oui, précisez : Jeu Alcool Drogue Utilisation problématique d'internet Autre : _____

Observations :

DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Motif de la référence, élément déclencheur, stresseurs, préoccupations, niveau d'urgence estimé, etc.

DEMANDE DE SERVICE

Demandes et attentes de l'utilisateur :

Demandes et attentes du partenaire externe r f rent :

RÉSEAU DE SOUTIEN ET/OU CONTACT D'URGENCE

Nom et prénom :	Téléphone :	Lien :
Nom et prénom :	Téléphone :	Lien :
Nom et prénom :	Téléphone :	Lien :

SERVICES OU PARTENAIRES IMPLIQUÉS

CISSS des Laurentides, précisez le service : _____ Services policiers
 Service incendie SPCA/MAPAQ Municipalité Organisme communautaire, précisez : _____
Autre : _____ Coordonnées des partenaires impliqués : _____

CONSENTEMENT DE L'USAGER

L'utilisateur est informé de la référence? Oui Non. Si non, pourquoi?

L'utilisateur est en mesure de comprendre la référence effectuée? Oui Non

Autorisation obtenue de l'utilisateur permettant au CISSS des Laurentides d'effectuer un retour au r f rent concernant la date de début du suivi ou de l'impossibilité d'amorcer le suivi incluant le motif de cette impossibilité Oui Non

--	--	--

Nom du r f rent

Signature

aaaa/mm/jj